

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXI

ABRIL DE 1960

N.º 10

Sumário:

| | Pág. |
|--|------|
| <i>Úlcera gástrica da pequena e grande curvatura</i> — Dr. NIVALDO C. SAMPAIO | 147 |
| <i>Meio milhar de reuniões</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO | 152 |
| <i>O Sanatório São Lucas em 1959</i> — Movimento Cirúrgico | 154 |
| <i>O Sanatório São Lucas</i> — Movimento da sala de curativos | 155 |
| <i>O Sanatório São Lucas</i> — Movimento dos doentes da Secção de Homens | 156 |
| <i>Sociedade Médica São Lucas</i> — Comunicações feitas | 158 |



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — EXERCÍCIO de 1960/1961

Presidente

DR. PAULO G. BRESSAN

Vice-Presidente

DR. ENRICO RICCO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Primeiro Tesoureiro

DR. LUIS BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro

DR. CESÁRIO TAVARES

Bibliotecário

DR. MOACYR BOSCARDIN

Conselho Consultivo:

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

DR. ROBERTO DELUCA

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. NELSON CAMPANILE

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXI

ABRIL DE 1960

N.º 10

Úlcera gástrica da pequena e grande curvatura(*)

Apresentação de um caso

DR. NIVALDO C. SAMPAIO

Médico Interno do Sanatório São Lucas

O interesse que nos animou a publicar o caso a que nos referimos a seguir foi motivado tão só e exclusivamente pela raridade da entidade patológica em questão.

Fazendo uma revisão na literatura mundial, vimos constatadas algumas das afirmativas já conhecidas referentes à raridade da úlcera da grande curvatura e mais especialmente a existência de concomitância de lesões em setores diferentes da região gastro-duodenal, como é o caso de já ter sido verificada úlcera da grande curvatura e do duodeno, da grande e da pequena curvatura e ainda mais, dupla lesão ulcerosa da grande curvatura. Muitas vezes o achado dessas lesões só foi verificado após a abertura do abdômem; mais raramente tem sido necessária uma gastrotomia ampla para confirmação do diagnóstico de probabilidade de úlcera da grande curvatura (¹).

Lavisse afirma que na realidade poucos são os radiologistas que em sua vida profissional têm a sorte de observar e diagnosticar uma úlcera benigna da grande curvatura do estômago. Diz ainda que, para que uma úlcera seja relatada como sendo da grande curvatura, é indispensável: *a)* que a localização da úlcera esteja realmente na grande curvatura; *b)* que se faça o diagnóstico preciso e que se apoie na observação de documentos radiológicos indiscutíveis; *c)* os casos não operados e com bons estudos radiológicos só podem ter-se em conta se se seguiu o estudo evolutivo do enfermo durante

(*) Caso apresentado em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 1/10/59.

vários anos. Diz ainda que os sinais diretos característicos da úlcera da grande curvatura são os mesmos que em outras regiões: nicho e dobras⁽³⁾.

Diz Bauer que é necessário esteja o processo ulceroso a 1 cm mais ou menos de um lado e outro da linha teórica da grande curvatura para que seja realmente úlcera dessa região. A úlcera quase sempre é única (4 de 5 casos). No entanto as lesões múltiplas não são excepcionais. O aspecto lacunar mais freqüente dessas úlceras é explicado por Simon, Koch e Baladan pela importância da infiltração edematosa na periferia da úlcera. Mais raros que essa lesão vimos relatados os schwannomas da grande curvatura, um caso de poliadenoma e os divertículos. Feldman chegou à conclusão que a incidência de úlcera da grande curvatura é cerca de 2 a 3% de todas as úlceras do estômago. O tamanho médio dessas úlceras é sempre maior que as úlceras da pequena curvatura. Ao contrário de outros autores, Feldman é de opinião que essas úlceras não se associam geralmente com úlceras pépticas de outros lugares na região gastroduodenal⁽²⁾.

É de J. Patel a afirmativa de que a úlcera da grande curvatura é rara e só pode ser encontrada e reconhecida por exame radiográfico. Seu nicho pequeno ou volumoso se acompanha quase sempre de uma retração da parede gástrica, de modo que aparece no fundo uma lacuna arceada, que poderia ser tomada como uma lesão maligna⁽⁵⁾.

Maingot, Finsterer, Glaessner e outros afirmam que a ocorrência da ulceração da grande curvatura do estômago é tão rara que, às vezes, mesmo radiologicamente, não se pode afirmar tal localização. David reviu toda a literatura depois de 1914 e concluiu que somente 16 casos de úlcera da grande curvatura tinham sido descritos e desses somente 10 foram comprovados histologicamente⁽⁴⁾.

Diz Mondor, da Clínica Cirúrgica da Salpêtrière, que entre as úlceras do estômago, a da grande curvatura é uma das mais raras (1 a 6%) e que durante muito tempo se contestou sua autenticidade.

Para Lahacy, 100% das lesões da grande curvatura eram malignas; para Bauer e Aschoff eram ulcerações tuberculosas, sifilíticas, cancerosas ou corrosivas. — A complicação mais freqüente é a perfuração, que pode ser em peritônio livre, em peritônio aderente ou em viscera vizinha. Esses autores relatam um caso de úlcera da grande curvatura penetrante do baço, secundariamente perfurada nesse órgão⁽⁴⁾.

OBSERVAÇÃO

G. G., brasileiro, casado, 45 anos, de cor parda, ferroviário. Aproximadamente um ano atrás, começou a ter azia, que não cessava com a ingestão de alimentos. Dificilmente tinha vômitos. De cerca de 5 meses para cá, sente dor



Encoche da grande curvatura, em correspondência com retitude da pequena curvatura

no epigástrio e para ter alívio toma, ao seu belo prazer, antiespasmódicos e Necroton. Após as refeições, mesmo leves, tem plenitude gástrica e eructações, que se seguem de náuseas e finalmente vômitos; não refere hematemeses nem melena, mas crises diarréicas. A dor agora, como a hiperacidez a princípio, não cessa quando toma alimentos. Nesses últimos 5 meses, diz ter emagrecido mais ou menos 10 kg. Perdeu a disposição para o trabalho; tem inapetência; acusa nervosismo; é tabagista moderado; não faz uso de bebidas alcoólicas. Há 13 anos foi operado de varicocele. Appendicetomizado em novembro de 1958, com o diagnóstico de apendicite subaguda. Por sua própria deliberação fez estudo radiológico das vias biliares extrahepáticas, que não revelou qualquer anormalidade. A palpação do abdome, acusa dor no epigástrio; às vezes essa dor se propaga para o dorso. — Pressão arterial: 140 X 100 (Tycos); pulso: 72 ppm; bulhas cardíacas normais. Ictus no 4.º intercosto.

Em 13-10-58, tirou radiografia do estômago e duodeno, cujo relatório é o seguinte: "estômago alongado e de capacidade conservada, com mucosa, peristaltismo, esvaziamento, mobilidade e sensibilidade radiologicamente normais; bulbo duodenal de forma normal, não doloroso à palpação, ausência de sinais de lesão úlcero, no estômago e duodeno; arco duodenal normal". (Dr. Orestes G. Garaldi). — Em março de 1959, submeteu-se a novo estudo radiológico, na

CAPFESP, cujo resultado diz tratar-se de estômago e duodeno sem sinais de lesão ulcerosa, mas há encoche na grande curvatura, em correspondência com retitude da pequena curvatura. Finalmente, fez novas radiografias em 14-8-59, que trouxeram o diagnóstico de úlcera gástrica da pequena curvatura, ao nível da pars verticalis; havendo encoche reflexa da grande curvatura. (Dr. Geraldo S. Guerreiro). Os exames de laboratório forneceram o seguinte resultado: glóbulos vermelhos, 5 800 000; glóbulos brancos, 12 000; tempo de coagulação, 6 minutos; tempo de sangria, 1' 30"; taxa de hemoglobina, 102%; valor globular, 0,9. Uréia, 25 mg%; R. alcalina, 59,8%. Urina e fezes, nada digno de registro.

O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico. É a seguinte a ficha operatória:

Diagnóstico radiológico: Úlcera do estômago (suspeita de câncer).

Operador: Dr. Eurico Branco Ribeiro; *Assistente:* Dr. Nivaldo Sampaio;

Anestesista: Dr. Benjamin Kolb. *Anestesia:* Thionembatal e flaxedil. Takaoka.

Tempo operatório: Início às 9 h. 35'. Término às 11 h. 16'.

Descrição da operação: Incisão de Lennander à esquerda; fígado de aspecto normal; infiltração da pequena curvatura do estômago, acima da incisura angular; há outra placa infiltrativa independente da primeira, muito menor que ela, ao nível da grande curvatura; gânglios numerosos no pequeno epiploon. Ressecção parcial do grande epiploon, seccionando-se alguns vasos curtos; libertação fácil do duodeno, esmagamento do bulbo a dois centímetros do piloro; ligadura a esse nível, seguida de segunda ligadura transfixante com o mesmo fio (catego-



Úlcera da grande e pequena curvaturas

n.º 2 simples). Preparo da bolsa à custa somente de tecido duodenal; secção do duodeno, protecção do côto gástrico, iôdo no côto duodenal, que foi invaginado em boas condições e recoberto com epiploon. Libertação difícil da pequena curvatura; colocação de Abbadie no estômago, próximo à cardia; pesquisa fácil do jejuno, Abbadie no jejuno, a cerca de 20 cm do ângulo duodeno jejunal. Gastro-jejunostomia término-lateral, boca total, antecólica, com alça longa, presa à pequena curvatura, próximo à cardia, onde ainda havia ligeira infiltração da parede gástrica, com mucosa índemne, embora bastante granulosa por gastrite. Instilação de uma ampôla de Tem na boca anastomótica; fechamento da parede por planos; sêda e agrafes na pele.

Operação realizada: Gastrectomia subtotal.

Peça cirúrgica: Estômago com 18 X 40 cm; a lesão da grande curvatura estava a 15 cm do piloro, constituída de uma úlcera com 2 cm de diâmetro, ligada à lesão principal por um sulco fibroso, tanto na parede anterior como na posterior do estômago; a lesão principal era redonda, de aspecto ulceroso, tendo vasos trombados no seu interior. O aspecto patológico é de estômago em relógio de areia.

Diagnóstico cirúrgico: Úlcera gástrica da pequena e da grande curvatura.

Do que acabamos de expor resultam conclusões semelhantes às dos autores que consultamos. De resto, já podíamos afirmar a raridade da úlcera gástrica da grande curvatura mesmo antes de rever a literatura universal, pois que, aqui no Sanatório São Lucas, onde é relativamente grande a incidência de casos de cirurgia gastroduodenal não fôra encontrada até agora uma só úlcera de localização semelhante à do caso apresentado. Finalmente diante dêste caso vale mais uma vez salientar a dificuldade em ser diagnosticada a úlcera da grande curvatura mesmo por radiologistas categorizados.

BIBLIOGRAFIA

1. ARNAVIELHE (J.): Exulceration simplex de la grosse tubérosité gastrique responsable d'hématémèse mortelle. *Mémoires de L'Académie de Chirurgie*, 81, 658-664, 1955.
2. BAUER e col: Les ulcères de la grande courbure radiologique de l'estomac. *La Semaine des Hopitaux*, 27, 2169-2176, 1951.
3. LAVISSE (J.): Úlcera benigna de curvatura mayor de estomago. *Sociedad de Cirugia de Cordoba*, 2, 277-290, 1941.
4. MONDOR: Ulcère de la grande courbure de l'estomac (Térébrant dans la rate secondairement perforé en péritoine libre), *La Presse Medicale*, 15-6-1946.
5. PATEL (J.): *Nuevo Manual de Patologia Quirúrgica — Patologia del Abdomen*, V, 382, Editorial Científico-Médica.

Meio milhar de reuniões(*)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Ao completar 21 anos de existência, a Sociedade Médica São Lucas reune-se pela 500.^a vez. Isso vale dizer que realizou em média, quase 24 sessões por ano, ou 2 por mês. É, sem dúvida, uma atividade digna de registro.

Não só por isso, entretanto, deve ser lembrado o fato. Tem êle significação mais ampla. Deve-se destacar, desde logo, o caráter ininterrupto da vida da Sociedade. Tal continuidade só foi possível graças à disposição dos seus sócios de comparecer às reuniões, coisa que não se observa, em geral, em nossas sociedades médicas. Pode-se alegar que a assiduidade dos sócios, pelo menos a daqueles que fazem parte do Corpo Médico do Sanatório São Lucas, é um impositivo do Regimento Interno do hospital. A isso, porém, se contrapõe a realidade dos fatos, pois a direção do Sanatório tem sido demasiado transigente na observância dos dispositivos que impõem a frequência às reuniões realizadas no hospital; os faltosos não têm sido advertidos, esperando-se da sua compreensão o cumprimento do dever, sempre, é claro, que não interfiram impedimentos de força maior, que devem ser sempre denunciados.

O caráter de sociedade aberta, promovendo um constante intercâmbio entre os membros do corpo médico e médicos de fora da vida do hospital, é outro motivo de se ter podido manter a continuidade da existência da Sociedade: reuniões sempre diferentes, com grande variedade de oradores e de assuntos, havendo ampla liberdade e mantendo-se salutar cordialidade nos debates.

Deve-se notar, entretanto, que a colaboração espontânea dos membros da Sociedade na programação das reuniões raramente se tem observado, sendo necessário, quase sempre, distribuir-lhes os temas sobre que deverão falar. Uma espontaneidade mais frequente na apresentação de trabalhos será apreciável iniciativa para substituir a cômoda atitude de preferir ouvir a palavra de pessoas de fora. Por certo que um tal intercâmbio é deveras interessante e de grande

(*) Palavras proferidas na 500.^a reunião da Sociedade Médica São Lucas, em 8 de março de 1960.

utilidade. Esse intercâmbio tem sido feito não só com especialistas e profissionais destacados da cidade de São Paulo, como ainda com outras sociedades médicas, tendo-se registrado no livro de atas da Sociedade reuniões em conjunto com a Academia de Medicina de São Paulo, a Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Sociedade Brasileira de Proctologia, o Colégio Brasileiro de Radiologia, etc. Mais ainda: cumpre destacar o registo de conferências proferidas por ilustres personalidades médicas do estrangeiro, contando-se, entre elas, professores provenientes do México, de Cuba, do Perú, do Chile, da Argentina, do Paraguai, de Portugal e da Itália. Deve-se assinalar, também, que na Sociedade falaram médicos que trabalham em vários Estados do Brasil e em várias cidades do interior de São Paulo.

Além de reuniões de caráter científico, a Sociedade tem participado de comemorações realizadas no hospital, como as do Dia do Médico — a 18 de outubro, dia de São Lucas — e as do aniversário do Sanatório São Lucas, que reúnem amigos da casa, médicos ou não, para ouvirem um conferencista de renome, entre os quais se anotam o prof. Marques da Cruz, o prof. Flaminio Fávero, o acadêmico Aureliano Leite, o jornalista Júlio Rodrigues, o filósofo frei Benjamim de Piracicaba, o pregador Pedro Camargo, o prof. Mário Ferreira dos Santos, o dr. Antônio Calvo, o ministro Nebrídio Negreiros e vários outros.

Isso tudo tem dado vitalidade à nossa agremiação, que acaba de registrar, no ano social que ora se finda, uma etapa de grande brilhantismo, graças à operosidade do seu presidente.

Cumpre-nos manter e dar maior vigor à sua existência, para podermos, ao fim de mais 21 anos de atividades ininterruptas, comemorar a sua milésima reunião com mais solenidade do que a que hoje estamos fazendo no transcurso do meio milhar.

Para tanto, a cooperação dos que freqüentam esta Casa será o fator preponderante. Será obra deles o futuro desta Sociedade.

O Sanatório São Lucas em 1959

Movimento Cirúrgico

Intervenções cirúrgicas realizadas no Sanatório São Lucas durante o ano de 1959.

| M E S E S | O P E R A Ç Õ E S | | | TOTAL |
|----------------|-------------------|---------------|----------------|-------|
| | <i>pequenas</i> | <i>médias</i> | <i>grandes</i> | |
| Janeiro..... | 78 | 81 | 97 | 256 |
| Fevereiro..... | 68 | 66 | 73 | 207 |
| Março..... | 58 | 76 | 77 | 211 |
| Abril..... | 71 | 69 | 85 | 225 |
| Maio..... | 66 | 70 | 84 | 220 |
| Junho..... | 56 | 73 | 82 | 211 |
| Julho..... | 74 | 97 | 99 | 270 |
| Agosto..... | 72 | 71 | 80 | 223 |
| Setembro..... | 57 | 70 | 61 | 188 |
| Outubro..... | 43 | 84 | 85 | 212 |
| Novembro..... | 63 | 81 | 54 | 198 |
| Dezembro..... | 56 | 63 | 50 | 169 |
| TOTAL..... | 762 | 901 | 927 | 2.590 |

O Sanatório São Lucas em 1959

Movimento da sala de curativos

| M E S E S | CURATI- VOS | EXAMES | GESSO | IMOBILI- ZAÇÃO | INFRA- VER- MELHO | ONDAS CURTAS | ULTRA- SOM | INJEÇÕES | PUNÇÕES | TOTAL |
|-------------------------------|----------------|--------|-------|-------------------|-------------------------|-----------------|---------------|----------|---------|-------|
| Março..... (desde 21/3/60) | 93 | 6 | — | — | 3 | 3 | 14 | — | — | 119 |
| Abril..... | 274 | 2 | 1 | — | 2 | 20 | 43 | 1 | 1 | 344 |
| Maió..... | 279 | 8 | — | 1 | 11 | 5 | 32 | — | 1 | 355 |
| Junho..... | 202 | 10 | — | 2 | 11 | 26 | 19 | — | — | 270 |
| Julho..... | 244 | 14 | — | — | 3 | — | 28 | — | — | 289 |
| Agosto..... | 165 | 12 | — | 1 | 4 | 11 | 45 | 1 | — | 239 |
| Setembro..... | 129 | 5 | — | — | — | 1 | 4 | — | — | 139 |
| Outubro..... | 173 | 4 | — | 1 | 2 | 6 | 16 | 2 | 1 | 205 |
| Novembro..... | 159 | 3 | — | — | — | 4 | 20 | 2 | — | 188 |
| Dezembro..... | 167 | 2 | — | 1 | 1 | 6 | 25 | — | — | 202 |
| TOTAL..... | 1.903 | 66 | 1 | 6 | 37 | 82 | 246 | 6 | 3 | 2.350 |

O Sanatório São Lucas em 1959

Movimento dos doentes da Secção de Homens

DR. PAULO G. BRESSAN

(Chefe de Serviço do Sanatório São Lucas)

Por uma obrigação estatutária apresentamos o relatório da Secção de Homens, que se encontra sob nossa responsabilidade.

Durante o ano de 1959 foram admitidos 854 pacientes, na quase totalidade, pessoas do sexo masculino, em virtude de ser essa secção reservada a doentes deste sexo, e só eventualmente, aí ser internados pacientes do sexo feminino.

Dêses doentes 819 tiveram alta hospitalar. Os restantes 35 faleceram quando ainda em tratamento no Sanatório.

Deixando de lado os dados e porcentagens estatísticos, por serem destituídos de valor em face dos elementos insuficientemente coletados, faremos algumas considerações de ordem geral.

A maioria dos doentes internados na secção a nós subordinada, submeteram-se a intervenção cirúrgica, havendo um pequeno número de acidentados da Estrada de Ferro Santos-Jundiaí e raros casos clínicos.

A não ser os casos de acidentados, de larga permanência no hospital, os dias de internação dos doentes no Sanatório não ultrapassam de 6 a 7.

Pela análise das causas dos 35 óbitos, procuramos destacar alguns pontos interessantes. Distribuídos em décadas:

| | |
|-----------------------|----|
| De 20 a 29 anos | 1 |
| De 30 a 39 anos | 2 |
| De 40 a 49 anos | 8 |
| De 50 a 59 anos | 6 |
| De 60 a 69 anos | 11 |
| De 70 a 79 anos | 5 |
| De 80 a 89 anos | 2 |

Na primeira década a causa mortis foi em consequência a úlcera gástrica hemorrágica, cujo portador, era um moço de 25 anos. (Não foi possível precisar com exatidão a causa mortis). Dos 30 aos 39

anos os 2 casos eram respectivamente de peritonite conseqüente a apendicite gangrenada (operado), e cirrose hepática de etiologia não especificada (não operado). Entre os 40 e 49 anos houve 8 casos de morte que ocorreram por conta de: uremia; insuficiência renal; cirrose (não operado); tumor da parede torácica (Hodgkin) sendo feita apenas biopsia; fistulas estercorais múltiplas em indivíduo artrítico, fazendo uso em doses elevadas e por tempo prolongado de cortisona; litíase vesicular e do coledoco e hérnia inguinal, sendo feita colecistectomia; leucemia mieloide (não operado); câncer do intestino (laparotomia verificadora); câncer do estômago (gastrectomia parcial). Dos 50 aos 59 anos os processos malignos se destacam, pois entre os 6 casos de morte temos um caso de pancreatite hemorrágica (operado), um de insuficiência cardíaca e os outros quatro eram constituídos por câncer do estômago duas vezes, câncer do pâncreas (operado) uma vez e câncer do esôfago uma vez (esofagectomia).

O maior número de mortes se deu na década de 60-69, sendo as causas mortis dos 11 casos as mais diversas, predominando o câncer com 5 casos assim distribuídos:

| | |
|---|---|
| Câncer da cardia — operado | 1 |
| Câncer do estômago — 1 operado | 2 |
| Câncer do pâncreas — não operado | 1 |
| Moléstia de Hodgkin — biopsia | 1 |
| Litíase vesical — operado | 1 |
| Úlcera duodenal — operado | 1 |
| Fístula estercoral — operado | 1 |
| Úlcera gástrica perfurada — operado | 1 |
| Enfarte de miocárdio | 1 |
| Insuficiência cardíaca | 1 |

Ainda presente em primeiro lugar o câncer, encontramos, na década dos 70 aos 79 anos quatro casos.

| | |
|---|---|
| Câncer do pâncreas — não operado | 1 |
| Câncer do esôfago — operado | 1 |
| Câncer do estômago — operados | 2 |
| Úlcera gástrica associada a colecistite — operado | 1 |

Por fim, na década dos 80 aos 89 anos as causas mortis foram devidas a insuficiência cardíaca e arterioesclerose.

Analizados os casos de mortes sob outro prisma, temos as afecções malignas como responsáveis por 17 casos; as moléstias do aparelho digestivo não malignas com 12 casos; as moléstias cardio-vasculares com 5 casos; as moléstias do aparelho urinário com 2 casos.

Impressionante é a soma das afecções não malignas do aparelho digestivo e dos processos malignos dêsse aparelho, subindo ao número de 26 casos, portanto $\frac{3}{4}$ partes do total de mortes.

Sanatório São Lucas

Reuniões do Corpo Médico

Reunião de 6 de junho de 1957:

Internos e Estagiários do Sanatório São Lucas. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Falou o orador aos internos e estagiários sobre a sua vida no hospital. Tratou-se das prescrições médicas, da revista do Sanatório São Lucas, do serviço de enfermagem, dos propagandistas, da permanência dos médicos no hospital e de um curso de geriatria a ser dado na Sociedade Médica São Lucas.

Sessão de 13 de junho de 1957:

Cirurgia do fígado e cirurgia parahepática. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro discorreu sobre cirurgia do fígado e cirurgia parahepática.

Em seguida houve troca de idéias entre duas enfermeiras-chefes e os médicos presentes sobre os serviços de enfermagem no Sanatório São Lucas.

Sessão de 27 de junho de 1957:

Incisões para cirurgia das vias biliares. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro discorreu sobre incisões para cirurgia das vias biliares.

Em seguida houve ampla discussão entre os médicos e a enfermeira-chefe D.^a Vitalina Castanheira a respeito do serviço de enfermagem no Sanatório São Lucas.

Sessão em 4 de julho de 1957:

Infecções a bacilo Coli. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O orador discorreu sobre as infecções por bacilo Coli, a propósito de um caso de mioma uterino comprimindo o ureter e dando pielite.

A seguir os problemas do bloco cirúrgico foram discutidos entre os médicos e a enfermeira encarregada D.^a Delta Sauerbronn.

Sessão de 11 de julho de 1957:

Cirurgia da vesícula. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O orador discorreu sobre a cirurgia da vesícula. Depois de recordar as tendências do passado dessa cirurgia falou sobre a orientação atual, detendo-se nas indicações e nas inconveniências da colecistendese. Depois referiu-se a duas novidades da literatura; a aplicação de fragmentos de epiplon sobre feridas sangrantes ou infectadas e um novo medicamento contra o câncer. Aplicou já o epiplon em dois diabéticos, um com antraz na nuca, de evolução brilhante, e o outro de úlcera da perna com exposição do tendão de Aquiles, ora em tratamento.

Quanto a terapêutica do câncer, aparece agora o Bayer E 39, que é menos tóxico do que os demais quimioterápicos até agora apresentados e de grande eficiência.

Rutura uterina. — Dr. Luís Branco Ribeiro. O orador apresentou um caso de rutura uterina com feto livre na cavidade abdominal, em que fez histerectomia subtotal, com sucesso.

O caso foi discutido pelos Drs. Waldemar Machado, José de Freitas Montemór, José Saldanha Faria e Moacyr Boscardin.

O Dr. Waldemar Machado falou sobre as indicações da cesárea por tumores uterinos. Apresentou dois casos: um de mioma em primípara; o outro também de mioma em secundigesta já anteriormente cesareada.

Sessão de 18 de julho de 1957:

Indicações da técnica da colecistectomia. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O orador discorreu sobre as indicações e a técnica da colecistectomia. Em seguida apresentou um caso de hérnia estrangulada com simulação de redução o que dificultara o diagnóstico. Acentuou o valor do exame radiológico, que, no caso, orientou a conduta cirúrgica.

Sessão de 25 de julho de 1957:

Cirurgia do colédoco. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Discorrendo sobre cirurgia do colédoco, fez considerações sobre a conduta da cirurgia.

Sessão de 1 de agosto de 1957:

Papeletas e prescrições. — Foi discutida a questão das papeletas de prescrições e anotações de ocorrências, resolvendo-se voltar ao uso da papeleta única. O assunto foi amplamente debatido, apreciando-se os seus vários aspectos.

Reunião de 8 de agosto de 1957:

O Dr. Eurico Branco Ribeiro discorreu sobre etiologia e tratamento das varizes.

Reunião de 22 de agosto de 1957:

Suboclusão intestinal. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro discutiu um caso de suboclusão intestinal por estrangulamento de alça delgada por brida, concomitante com apendicite aguda e conseqüente a crise apendicular pregressa. Salientou o orador a conveniência de o cirurgião rever todo o abdome na cirurgia de urgência, a fim de descobrir bridas associadas ou independentes.

Origens do câncer do esôfago. — Prof. Carmo Lordy. Fêz uma revisão sobre a embriologia do esôfago. Descreveu a sua separação do canal tráqueo-brônquico e a transformação do seu epitélio; a musculatura lisa na porção caudal. As rugas formadas no tubo esofageano adulto dão um afrouxamento da camada celular basal. Explicou o aparecimento das anomalias do esôfago e a eclosão do carcinoma espino-celular no esôfago.

Reunião de 29 de agosto de 1957:

Câncer no esôfago. — Dr. Moacyr Boscardin. O orador apresentou três casos de tumor do esôfago operados este mês no Sanatório São Lucas. Iniciou projetando as radiografias dos vários casos. Depois descreveu o ato cirúrgico de cada caso, indicando a técnica usada e fazendo comentários.

Síndrome adreno-genital. — Dr. Paulo G. Bressan. Apresentou um caso de síndrome adreno-genital. Descreveu o caso e citou os exames feitos que levaram à conclusão de que se tratava realmente de um pseudohermafroditismo, de causa suprarrenal.

Intersexualidade. — Prof. Carmo Lordy. Falou sobre a intersexualidade hormonal, dando um síndrome adreno-genital. Se este é provocado pela hiperplasia simples da cortical, as lesões ou modificações sofridas na esfera genital não regredem e persistem. Tal não acontece quando o síndrome é provocado por um câncer da suprarrenal, que, retirado, conduz ao desaparecimento do síndrome. Discorreu depois sobre o hermafroditismo para dizer que só se admite hoje o ovário-testes, testículo central contendo na periferia uma calota de ovário funcionante. O arrenoblastoma diferenciado não traz modificações no organismo, pois produz os dois hormônios, enquanto que no indiferenciado a masculinização se faz por predominância do hormônio masculino.

Referiu-se por fim ao caso do Dr. Paulo G. Bressan, cuja documentação histológica apresentou.

